

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 juillet 1896 à 9 heures

PAR

Emile DÉRÉGNAUCOURT

Né à Roubaix le 2 Mai 1859

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

LIPOMES DE LA LANGUE

Président : M. POUCHET, professeur.

Juges MM. } TERRIER, professeur.
REYNIER ET WALTER, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

543

543

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0062

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 juillet 1896 à 9 heures

PAR

Emile DÉRÉGNAUCOURT

Né à Roubaix le 2 Mai 1859

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

LIPOMES DE LA LANGUE

Président : M. POUCHET, professeur.

Juges MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{TERRIER, professeur.} \\ \text{REYNIER ET WALTER, agrégés.} \end{array} \right.$

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR POUCHET

Professeur à la Faculté de Médecine

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

I

PRÉFACE

Il s'agit d'une variété rare de tumeurs de la langue, le lipome. S'il n'avait d'autre attrait que sa rareté même, l'intérêt serait bien secondaire, surtout pour un praticien ; mais comme pour toutes les affections exceptionnelles le diagnostic peut en rester longtemps hésitant. Des erreurs mêmes ont été commises en présence de cette affection par d'habiles chirurgiens. Aussi nous pensons qu'ajouter quelques documents aux faits jusqu'ici présentés, permettra de préciser quelques points de la pathogénie, du diagnostic et du traitement des lipomes linguaux.

Disons-le de suite, bien que le nombre restreint d'observations attirât l'attention des auteurs sur les cas qui leur étaient présentés, un certain nombre de ceux-ci ont été successivement considérés comme des lipomes vrais, comme des kystes dermoïdes et ce qui est plus intéressant, comme le résultat de la transformation graisseuse d'autres néoplasmes bénins.

Ici, en effet, on a eu rarement occasion d'assister à la naissance de la tumeur, et leur bénignité même en lais-

sait ignorer les débuts. Comme dans les autres régions du corps, le lipome de la langue se manifeste sans qu'on puisse saisir la raison de son éclosion, et ce n'est pas un problème simple que de rechercher les liens qu'unissent d'une part cette variété de lipomes si nettement localisés, à ceux que l'on peut trouver chez un même sujet répartis sur les téguments, parfois symétriquement disposés.

D'autre part, existe-t-il une relation entre ces lipomes et les néoplasmes moins bénins que l'on peut rencontrer chez un même individu ? Bard (de Lyon) tend à admettre à propos d'un cas de ce genre, qu'il y a véritablement une prédisposition acquise ou héréditaire à la production des néoplasmes.

Nous ne prétendrons pas résoudre d'aussi grandes difficultés au cours d'une étude qui est beaucoup plus clinique que théorique. Les quelques remarques que nous avons réunies n'ont d'autre prétention que celle d'un enseignement par les faits.

Nous écarterons d'emblée de notre sujet tous les cas de lipomes sublingaux et buccaux qui n'ont avec le lipome de la langue d'autre analogie que d'être également sous-muqueuse.

Tandis que ces tumeurs prennent naissance dans des régions où le tissu graisseux existe normalement et constamment, nous verrons que dans la langue, on a du presque recourir à des hypothèses pour expliquer la production des lipomes, en l'absence des lobules adipeux qui d'habitude servent de point de départ aux néoplasmes de ce genre.

Que M. le professeur Pouchet soit assuré de toute notre reconnaissance pour avoir accepté la présidence de notre thèse.

II

HISTORIQUE

Dans les traités chirurgicaux et les thèses antérieures à 1848, on trouve tout au plus une mention de l'existence de tumeurs bénignes plus ou moins pédiculées dont la nature n'est pas spécifiée. C'est ainsi que Louis raconte l'histoire d'un jeune garçon de 18 ans, portant sur la langue des mamelons glanduleux en forme de champignons.

Lorsque, en 1848, Maisonneuve décrivait dans sa thèse sur les tumeurs de la langue, les lipomes, il n'en avait probablement pas eu d'exemple sous les yeux, car il leur assigne pour siège la base de la langue, où ils sont exceptionnels; il n'a pas sans doute observé sur la langue les complications des lipomes tels qu'il les décrit par analogie, sans doute. Ulcération, transformation télangiectasique, cancéreuse.

Cependant, peu auparavant, Liston en avait donné une description succincte en même temps qu'il étudiait aussi les lipomes sublinguaux. L'observation la plus ancienne, citée par tous les auteurs qui ont étudié cette question, est celle de Bastien, recueillie en 1854 dans le service de Laugier. Il s'agissait d'une tumeur bénigne siégeant à

la partie antéro-latérale droite de la langue et qui fut reconnue de nature adipeuse.

Le Compendium la reproduit avec quelques commentaires. Follin, en 1866, présente à la Société de chirurgie, une tumeur lipomateuse à large pédicule insérée au bord gauche de la langue.

Masson observe un cas de lipomes multiples du dos de la langue au Kings-Collège Hôpital en 1863.

Le malade de Bouisson était âgé de 15 ans et portait un lipome sur la pointe de la langue, et le professeur de Montpellier qui rapporte le cas dans le dictionnaire encyclopédique, consacre en 1867 un paragraphe à l'étude des lipomes de la langue dans le Dictionnaire encyclopédique.

Lebert, Broca, Virchow, Otto Weber, Holmes, en parlent comme de curiosités, et Demarquoy, dans le Dictionnaire pratique, ne fait que relater les observations précédentes.

Des cas de Paget, Clarke, Churchill, qui ont trait aussi aux lipomes sublinguaux, sont rapportés dans la thèse que Labat consacre en 1874 à ce dernier sujet.

Ce n'est qu'en 1880 que Guelliot, en même temps qu'il communique une observation très complète à la Société anatomique de Paris, inspire la thèse de Malon, où se trouvent réunis 11 cas seulement de la maladie, dus aux auteurs que nous avons déjà cités, puis à D. Mollière, Laroynne, Tersen.

Dans cette monographie l'auteur remarque déjà la multiplicité des formes de lipomes linguaux et n'ose pas ranger sous cette dénomination certaines tumeurs mixtes

ou mal définies, dont il a trouvé la relation dans les auteurs qu'il a consultés.

Depuis ce travail, nous avons relevé dans les périodiques un certain nombre de faits intéressants; les uns analogues à ceux que décrit Guelliot, d'autres présentent^t quelques caractères nouveaux. Nous avons pu voir par nous-mêmes le malade dont l'observation fut publiée par le professeur Decès (de Reims), et le comparer à un cas plus récent que le hasard nous a présenté.

III

ÉTIOLOGIE

Nous avons annoncé déjà la rareté de la maladie : elle est aussi exceptionnelle comparée aux autres tumeurs de la langue. Le fibrome est en effet, un peu plus fréquent, ainsi qu'il nous a semblé d'après les descriptions que nous avons rencontrées notamment celles qu'a rassemblées Dufayet de la Tour dans sa monographie. Les tumeurs érectiles et angiomes viennent ensuite, puis les kystes linguaux. Il n'est pas inutile de se rendre compte de cette fréquence relative, car ces divers diagnostics se poseront parfois en présence d'une tumeur bénigne de la langue.

Les malades dans le plus grand nombre de cas, surtout avons-nous remarqué dans les cas les plus typiques ne s'inquiètent pas de leur tumeur, ce n'est que bien tardivement ou plutôt à l'occasion de quelque autre maladie qu'ils les indiquent au médecin aussi, ce sont des gens d'un certain âge surtout chez qui les auteurs ont trouvé le lipome de la langue. Cependant, il semble bien qu'il puisse s'observer à tous les âges depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, que son origine même pourrait bien être congénitale. Le sexe semble indifférent, les deux ma-

lades que nous avons pu voir étaient un homme âgé et une femme encore jeune.

L'hérédité jusqu'ici ne s'est pas manifestée directement dans la genèse des lipomes linguaux. Nous avons noté entre autre, un ascendant arthritique ; mais ces détails font défaut dans presque toutes les observations.

Nous disions que la tumeur pourrait être congénitale ; dans ce cas elle a déjà un développement assez considérable. Sans parler du cas douteux de Mason où il s'agit plutôt d'un tératome, nous rappellerons en quelques mots, le cas qu'Heymann présenta à la Société de médecine berlinoise.

OBSERVATION I (HEYMANN).

« Enfant de 6 ans portant depuis sa naissance une tumeur nettement lipomateuse occupant la partie postérieure de la langue. « L'enfant ronfle la nuit et elle a difficilement appris à parler d'une façon très imparfaite. »

Nous remarquons d'une part, le siège peu habituel du lipome, en même temps que la gêne fonctionnelle qui dans cette tumeur congénitale fut très notable, tandis qu'elle l'est si peu dans les autres cas.

Les différents traumatismes ou agents irritants auxquels la langue est soumise ont été tour à tour accusés de produire non seulement les tumeurs en général de l'organe, ainsi que ce fait est connu pour le cancer, mais aussi le lipome.

C'est ainsi que l'on a incriminé des morsures ; mais

s'agit-il de morsures antérieures à l'affection ou dues à une certaine maladresse de la langue et à l'occasion de cet accident, le malade aurait alors aperçu la tumeur qui jusqu'ici lui était inconnue.

Fréquemment de mauvaises dents, des chicots se sont trouvés accusés de la production de tumeurs. Guelliot en fait mention dans le cas qu'il observa dans le service de Gosselin. Nous avons nous-mêmes constaté dans les deux cas que nous avons vu que la dentition était en mauvais état. Il se pourrait que ce fût une cause d'irritation capable de provoquer le lipome.

Le malade de Decès était grand fumeur et buvait avec excès des boissons alcooliques.

Des affections générales ont été trouvées à l'étiologie du lipome lingual. Cependant nous n'avons pas trouvé un seul fait de ce que l'on a appelé lipomatose, c'est-à-dire multiplicité des lipomes chez un même individu. Du reste dans la lipomatose il s'agit bien de tumeurs graisseuses multiples, mais elles sont en général assez diffuses, et offrent comme caractère d'être symétriques et de succéder soit à un rhumatisme chronique principalement aux œdèmes rhumatismaux, on à une névrite périphérique ; une névrite sciatique dans un cas que rapporte A. Mathieu. Ces tumeurs doivent être à notre avis complètement séparées de celles qui nous occupent.

Le malade de Decès était nettement goutteux, et on a remarqué plusieurs fois la coexistence du lipome avec des maladies retardantes de la nutrition.

Dans un cas, unique pensons-nous, Poncet note l'exis-

tence chez le même malade d'un lipome de la langue et d'une tumeur maligne.

OBSERVATION II (Poncet).

« Une femme de 62 ans est atteinte d'un carcinome du sein droit
« propagé aux ganglions et à la plèvre elle est dans la période de
« cachexie. Elle porte depuis sa naissance sur le dos de la langue à
« sa partie médiane une tumeur sessile du volume d'un œuf de
« pigeon, de couleur rosée et jaunâtre par places, molle, adhérente
« à la muqueuse, absolument indolore. L'examen histologique mon-
« tra qu'il s'agissait d'un lipome entouré d'une capsule fibreuse. »

Le professeur Bard (de Lyon) soutient à ce propos qu'il existe des relations évidentes entre toutes les tumeurs à tous les degrés de gravité elles se rattacheraient toutes à une prédisposition individuelle ou héréditaire, une véritable diathèse. Ricard est partisan de ces idées de Bard.

Enfin nous placerons ici le cas de lipome que nous avons rencontré et dont l'étiologie apparente nous a frappé. En effet cette tumeur semble s'être développée chez une tuberculeuse par suite de voisinage d'une ulcération probablement bacillaire.

OBSERVATION III (Personnelle).

Julie L..., domestique, 36 ans, habite Paris depuis 5 ans; elle a beaucoup souffert de privation et a contracté la fièvre typhoïde

6 mois après son arrivée. Depuis un an elle tousse, et son état s'est beaucoup aggravé depuis quelque temps.

Pendant la convalescence longue de sa dothiéntérie, elle portait déjà une ulcération sur le bord droit de la langue, d'abord indolore et qu'elle avait constaté fortuitement. Elle dit avoir souffert beaucoup à ce moment de dents cariées situées du même côté. Cette ulcération n'a jamais été profonde ; elle est devenue plus douloureuse et cause une gêne progressive à la mastication.

La malade se rendit l'hiver dernier à l'hôpital Lariboisière où l'ulcération fut cautérisée à plusieurs reprises, probablement avec l'acide lactique.

Depuis, la langue a présenté du gonflement du côté droit, et la malade tourmentée de douleurs incessantes s'alimente de plus en plus difficilement. Elle a renoncé au traitement en raisons des douleurs extrêmement vives que lui causaient les cautérisations. On nous prie à ce moment (juin 1895) de l'examiner espérant que nous lui trouverons quelque calmant.

Nous constatons sur le bord de la langue, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen une ulcération de la largeur de 5 millim. environ, irrégulièrement arrondie, à fond grisâtre recouvert d'un enduit adhérent, tant que les bords sont légèrement surélevés, nettement d'encoche à la partie antérieure, mais non soulevés et entourés d'un liséré rouge. Elle est allongée dans le sens antéro-postérieur de cette ulcération est légèrement indurée, les pupilles sont très saillantes à son pourtour. La muqueuse génienne porte de ce côté seulement l'empreinte des dents restantes. En effet, les trois premières molaires inférieures et deux molaires supérieures ont disparu il reste un débris saillant un peu en avant de l'ulcération mais du côté opposé l'état de la denture n'est pas meilleur.

Examinant de plus près la langue nous sommes surpris de constater plus près de la ligne médiane une tuméfaction arrondie presque contigue à l'ulcération par son bord externe, composée de deux petites masses peu saillantes, offrant ensemble le volume d'un haricot.

La coloration est légèrement grisâtre à son niveau en un point

plus jaune. Au pourtour la muqueuse reprend insensiblement sa coloration rosée. La tumeur est molle, fluctuante, et semble se confondre profondément avec les masses musculaires tandis qu'elle semble assez bien isolée de la muqueuse. La sensibilité qui est vive pendant la palpation tient surtout au voisinage de l'ulcère; car en touchant avec un stylet la muqueuse qui la recouvre on ne provoque pas beaucoup de douleur.

Jamais la malade n'avait remarqué autre chose que l'ulcération dont elle souffre, et elle affirme qu'auparavant elle ne ressentait rien d'anormal à cet endroit. La parole est gênée, douloureuse, la mastication impossible.

L'état général est peu rassurant; l'amaigrissement est extrême; c'est à peine si la malade très courageuse peut rendre quelques services à ses maîtres. L'auscultant, nous reconnaissons au sommet du poumon droit une lésion manifestement tuberculeuse se traduisant par des râles sous-crépitaux à timbre très humide et des râles sibilants dans toute la hauteur du poumon du même côté. Du reste les crachats que la malade nous présente sont caractéristiques.

En présence de la maladie tuberculeuse, de la longue durée de l'ulcère lingual, nous pensons tout d'abord que cette ulcération de nature probablement tuberculeuse bien que non typique a pu donner secondairement naissance à un noyau caséeux formant la tumeur que nous observons; mais nous hésitons assez en raison de l'absence totale d'altération de la muqueuse qu'à son niveau n'est pas enflammée et se trouve plutôt amincie.

Nous nous contentons à ce moment de recommander à la malade de se laver la bouche fréquemment avec une solution de chloral au 1/100. Mais la malade plus effrayée de cette nouvelle constatation que de son état général prie qu'on la débarrasse de ces abcès qui dit-elle vont l'étouffer. Pour la satisfaire nous ponctionnons avec une lancette le point le plus saillant de la tumeur, mais sans trouver de pus.

Ce caractère nous réveille en notre mémoire l'existence du lipome et nous constatons alors en appuyant légèrement sur la tumeur

qu'il y a effectivement une petite masse graisseuse qui vient faire saillie par l'incision trop étroite.

Nous engageons la malade à ne pas se préoccuper de cette lésion sans gravité.

Depuis nous avons appris que la malade a succombé à la bacillose, mais que la tumeur aussi bien que l'ulcération n'avaient pas augmenté.

En dehors de la difficulté de diagnostic qui, dans le cas actuel tenait surtout à ce que notre attention était détournée par la lésion voisine, nous remarquons que cet ulcère a dû réellement provoquer l'apparition du lipome. En effet, la tumeur avait un volume et une consistance qui, à l'effet normal, ne l'auraient pas laissé inaperçue et la malade ne l'avait pas remarquée avant sa maladie. D'autre part, son évolution relativement rapide que nous estimons à 2 ou 3 ans, semble prouver qu'elle existait sans doute à l'état rudimentaire.

Nous avons été conduit par cette observation à distinguer dans l'origine des lipomes de la langue deux conditions :

Dans un certain nombre de cas, le lipome date de l'enfance et reste tel qu'il s'est montré dès le début.

Dans d'autres, il se développe en quelques mois et semble alors provoqué par les différentes causes irritantes dont nous avons parlé.

Mais dans les deux variétés n'est-il pas raisonnable d'admettre qu'il existait une tumeur graisseuse dès la naissance. Au lieu d'être assez volumineuse pour être un lipome congénital, elle serait restée ignorée sans la cause occasionnelle qui la provoque.

Ceci répondrait mieux aux faits observés que l'explication dite anatomique des lipomes linguaux se développant au-dessus de lobules graisseux normaux. Ces lobules en effet ne sont pas admis par tous les auteurs.

SYMPTOMES

La date de début du lipome de la langue est difficile à déterminer. Il est bien probable que le malade porte déjà depuis longtemps une petite tumeur, soit dans l'épaisseur de la langue, soit sous la muqueuse, lorsqu'il s'aperçoit de sa présence. Cette découverte est due le plus souvent à l'effet du hasard comme pour la plupart des tumeurs au début. Il peut se faire cependant que le siège particulier dans un organe aussi mobile que la langue permette d'arriver plus tôt à la constatation du mal que dans d'autres parties du corps.

Ce seront du reste, ordinairement, les troubles fonctionnels qui ouvriront la scène. Légers au début, puis s'accroissant avec le volume de la tumeur, ils finissent par prendre une importance considérable. Nous ne devons pas oublier cependant qu'ils peuvent manquer lorsque le lipome est petit, logé profondément dans l'épaisseur des masses musculaires, son accroissement pourra être gêné et son évolution se faire pendant des années sans que le malade accuse aucune gêne, aucun trouble des fonctions auxquelles préside la langue.

Il peut arriver que le lipome reste des années stationnaire évoluant sans douleur, sans troubles d'aucune sorte

ayant un accroissement extrêmement lent et pour ainsi dire insensible. Puis tout à coup, sous une influence inconnue, on peut observer une sorte de poussée aiguë, une évolution rapide qui lui fera atteindre une taille quelquefois énorme, relativement surtout à l'organe qui le porte. Ces faits ne sont pas très rares.

Le plus souvent pourtant, l'évolution sera très régulière, très lente ; le malade pourra s'habituer peu à peu à sa tumeur et attendre souvent des années avant de se décider à venir trouver le chirurgien et lui demander l'extirpation du néoplasme. Il est exceptionnel de voir un patient réclamer une thérapeutique active pendant la première année de son affection. Le plus souvent, il porte sa tumeur depuis 10, 15, 20 ans ; on a vu des cas où il s'était écoulé un temps plus long depuis le début ; 22, 25, 27 ans même ; il s'agissait dans ce dernier cas d'une femme qui portait depuis sa naissance un lipome de la langue.

Les *signes fonctionnels* tiennent au siège particulier de l'affection qui nous occupe ; nous savons qu'il est localisé à la plupart des organes le lipome ne produit généralement aucune réaction, ne traduit sa présence par aucun trouble subjectif. Ici il n'en est plus de même.

La *douleur* a été signalée dans certains lipomes en différents points, soit qu'il fussent en rapport avec des troncs nerveux et il s'agissait alors de névralgies par compression irradiant souvent loin du joint comprimé, soit qu'ils fussent libre de tout rapport nerveux et alors, cette douleur est d'une explication plus difficile.

Dans très peu d'observations de lipome lingual nous n'avons trouvé signalée cette douleur particulière ; il est

probable cependant que dans quelque cas elle doit pouvoir se montrer et l'on comprendrait difficilement qu'il pût en être autrement dans un organe aussi riche en filets nerveux que l'est la langue ; les tissus sont par ailleurs assez serrés, pour que nulle part mieux qu'ici, tout ne soit disparu pour permettre à une tumeur bridée par les fibres musculaires de comprimer les troubles nerveux.

La douleur du lipome de la langue peut tenir à une cause qui est propre à cette localisation. Le voisinage des dents permettra facilement à ces organes d'ulcérer la tumeur proprement dite ou la muqueuse qu'elle avait soulevée dans sa fosse intenticelle. Ces ulcérations peuvent être particulièrement douloureuses. Et l'on pourra même noter cette étiologie dont certains auteurs ont voulu faire la caractéristique de l'épithélioma, et qui, en fait, appartient à toutes les ulcérations linguales. Nous rappellerons qu'elle sont dues aux anastomoses existant entre le lingual et la corde du tympan.

Ce ne sera pas le seul symptôme dû la présence des ulcérations ; par action réflexe nous pourrions observer aussi une salivation exagérée qui ne tiendra jamais probablement celle observée dans le cancer.

La *sensibilité spéciale* de la muqueuse linguale pourra être atteinte. L'anatomie pathologique nous montre l'atrophie des papilles, la dégénérence des filets nerveux. Il en résultera des troubles de la fonction du goût ; la langue pourra ne plus percevoir aucune saveur, ou bien l'agrément ne sera pas complet, il y aura seulement diminution de la fonction. Quant à la perversion du sens elle n'a pas été observée.

La sensibilité tactile si exquise de la langue pourra aussi disparaître ou, tout au moins, être considérablement diminué. Et le fait est d'autant plus explicable que la tumeur siège le plus souvent à la pointe de la langue lieu de localisation par excellence des sensations tactiles. La disparition ou la diminution de la sensibilité tactile, ainsi que la perception des saveurs ne s'accompagnent d'aucune diminution de la sensibilité générale. C'est du moins ce qui résulte de toutes les observations recueillies jusqu'ici. Ces troubles sont infiniment plus fréquents que les sensations douloureuses dont nous avons parlé plus haut.

Il est bien rare que les mouvements de la langue soient gênés au début de l'affection, mais quand la tumeur aura acquis un certain volume, il en résultera une inhabilité de l'organe qui pourra troubler profondément ses fonctions. On saisirait difficilement qu'il en fût autrement lorsque la tumeur a acquis la taille d'un œuf de poule, comme le fait est relaté dans certaines observations et en particulier celle de Kirchhoff. Mais il n'est pas besoin de ces dimensions extraordinaires et que l'on ne s'explique guère que par une insouciance incroyable du patient. Dès que le volume a dépassé celui d'une noisette, d'une noix, la gêne est déjà notable et les fonctions sont troublées. Ces troubles sont éminemment variables, du reste, comme intensité. Ils se produisent peu à peu, ce qui fait que le malade peut s'accoutumer à son mal et ne s'en apercevoir que tardivement.

La phonation semble tout d'abord être touchée; les linguales *t*, *u*, *d*, sont prononcées difficilement; les voyelles *i* et *e* ne sonnent plus aussi clair. Il en résulte un certain

bredouillement qui gêne particulièrement le malade appelé par profession à exercer sa parole.

La mastication sera moins troublée ; cependant il y aura une certaine maladresse de la langue à ramener le bol alimentaire, à le presser contre la voûte du palais. Cette maladresse se fera aussi sentir dans le passage des aliments dans le pharynx ; ils seront pressés moins régulièrement et parfois il pourra en résulter la chute de quelques débris dans le larynx. En somme, ces troubles sont légers et peu importants. L'attention ne sera guère appelée non plus sur les troubles de la succion qui, chez les adultes, n'atteindront jamais une grande importance. Il n'en sera pas de même chez l'enfant, et dans les cas de tumeurs congénitales, lipomes purs ou fibro-lipomes, la succion pourra être assez entravée pour que l'on doive recourir à un mode de nourriture autre que le sein. C'est là une cause d'entrave à la tétée à laquelle le praticien devra toujours songer chez le nouveau-né, faute de trouver ailleurs l'explication des troubles de succion.

Chez le nouveau-né aussi, chez l'enfant en bas âge, on pourra observer des troubles de la respiration dus au volume de la tumeur. Ces troubles seront rares chez l'adulte. Ils ont été vus cependant, principalement dans le cas de tumeur de la base de la langue. Dans les petits lipomes de la pointe on ne les a guère vus ; mais en revanche, on comprend difficilement que leur présence, au moins à un certain degré, ne soit pas notée dans l'observation de Kirchhoff, où le volume de la tumeur devait emplir complètement la bouche. Dans un cas semblable, la res-

piration doit se faire exclusivement par le nez et l'on voit l'importance que peut acquérir alors un simple coryza.

Tous les symptômes fonctionnels que nous venons de passer en revue peuvent manquer, ou être très atténués. Les signes objectifs, au contraire, sont absolument constants.

Nous savons que la tumeur peut être intra-musculaire ou au contraire siéger directement sous la muqueuse. Dans le premier cas, la palpation dénotera tout d'abord une petite masse molle au milieu des muscles de la langue cette tumeur sera le plus souvent unilatérale, siégeant à la pointe ou tout au moins dans la moitié antérieure de l'organe. La délimitation en sera faite assez facilement. Après un temps variable, d'ailleurs le plus souvent la tumeur évoluera vers l'extérieure viendra faire saillie sous la muqueuse et se confondra alors par ses symptômes avec la seconde variété.

Celle-ci apparaîtra d'emblée sous la muqueuse linguale ; les symptômes physiques fonctionnels y seront beaucoup plus précoces et plus accusés que dans le lipome interstitiel, les symptômes physiques, à leur tour, le feront reconnaître beaucoup plus rapidement et attireront promptement l'attention du malade.

Le siège est généralement à la pointe de la langue, lorsqu'il s'agit d'un lipome ; s'agit-il d'une tumeur mixte dans laquelle l'élément graisse est joint à une quantité plus ou moins grande de tissu fibreux, de cartilage, on pourra le rencontrer presque en tous les points de l'organe, mais principalement à la base de la langue, au niveau de la fossette glosso-épiglottique.

Si la tumeur est très petite, elle est sensible, plus tard, elle offrira une certaine tendance à se pédiculiser à prendre l'aspect d'un petit polype mou. Si en même temps, il y a implantation vers la partie postérieure de la langue, il pourra se produire une chute du lipome dans le pharynx par suite des réflexes plus ou moins gênantes, des crises de suffocation même parfois, s'il y a irritation du larynx.

Le volume est extrêmement variable, la forme généralement arrondie. On a pu observer des lipomes gros comme des œufs de poule : c'est le cas de Kischtroff, de Follin, de Gross. Et plus souvent nous avons vu que lorsque la tumeur avait acquis la grosseur d'une noisette ou d'une noix, les troubles fonctionnels étaient assez marqués pour que le malade vînt demander le secours du chirurgien.

Le lipome est généralement unique ; on a pu observer des lipomes bilatéraux, parfois aussi on en trouve simultanément sur certains points du corps.

La tumeur peut être lisse ou revêtir un aspect plus ou moins lobulé ; à son niveau la muqueuse apparaît lisse, tendue. Les papilles sont considérablement atrophiées à son niveau. Le fait visible à l'œil nu apparaît encore mieux si l'on observe la muqueuse à la loupe. Cette atrophie papillaire apparaît d'autant plus distinctement qu'on a souvent pu noter à la périphérie de la tumeur une hypertrophie marquée des papilles, visible aussi à l'œil nu et pouvant occasionner la sensation particulière observée dans d'autres cas d'hypertrophie papillaire, en particulier dans le diabète.

Si le lipome est interstitiel, au début, la muqueuse con-

servera sa couleur rouge ; lorsqu'il sera devenu superficiel on notera un aspect différent et très caractéristique : la saillie prendra une couleur jaunâtre presque pathognomonique. Sous la muqueuse amincie et presque transparente, on pourra percevoir nettement cette couleur. Elle n'est pas absolument constante pourtant : dans un cas de Bouisson, l'aspect était plutôt grisâtre. C'est là une exception.

A la palpation, le doigt percevra une mollesse particulière et de plus une sensation très nette de fluctuation. On verra sans peine que la tumeur n'est pas adhérente aux muscles sous-jacents. Elle ne fait pas corps, mais glisse facilement sous la muqueuse et est nettement limitée. Si nous avons affaire à un fibro-lipome, à un lipome où se trouvent des portions enchondromateuses calcifiées, les sensations perçues seront un peu différentes relativement à la consistance qui, par place, sera absolument molle, dure et résistante. C'est probablement par le fait de ces transformations du tissu de la tumeur qu'on doit expliquer le fait noté par Guelliot d'une tumeur d'abord molle, puis devenue très dure. Enfin la fluctuation peut parfois manquer.

Les *complications* du lipome de la langue sont bien rares. Dans le cas d'un lipome ulcéré, les douleurs excessives pouvaient véritablement mériter ce nom. L'inflammation, la suppuration sont possibles ; elles pourraient apparaître spontanément ou se montrer à la suite d'une intervention, d'une ponction exploratrice faites sans le secours d'une antisepsie absolue. En fait nous ne croyons pas qu'il y en ait d'exemples dans la littérature médicale.

La multiplicité des tumeurs est rare et pourrait être

aussi signalée comme complication. Nous savons que le lipome ordinairement unique peut parfois être multiple. Les cas de Follin où il y en avait 30 sur le même individu, celui de Broca où ce nombre dépassait 2000 sont classiques. Ni l'un ni l'autre de ces observations ne mentionne le lipome de la langue. Nous ne mentionnons dans la multiplicité que comme une chose possible. En fait elle a été observée une fois au moins par Denando. Mais nous devons faire certaines réserves, car il s'agit du lipome congénitaux et nous savons que ces tumeurs appartiennent plutôt au groupe des néoplasmes de nature mixte.

Les hémorrhagies sont rares ; elles pourraient se montrer dans le cas d'ulcération et revête alors l'aspect d'un suintement plutôt que d'un écoulement abondant de sang.

Dans le cas de Follin on a pu les noter, mais il est probable que lorsqu'elles sont assez abondantes pour mettre la vie en danger il s'agit d'une prédisposition particulière du malade : hémophilie le plus souvent.

Kirchoff signale dans son observation une complication mécanique intéressante. La tumeur en s'accroissant, avait, par son volume peu à peu écarté les dents de leur position normale et celles-ci se trouvaient désormais très inclinées en avant. De plus une grande quantité d'entre elles avaient été chassées même de leurs alvéoles.

Nous ne ferons que signaler le cas de Sveisen où il y avait des accidents de folie qui ont cessé complètement après l'ablation des lipomes, dans l'état actuel de la science, ces faits sont difficiles à expliquer.

Le lipome est une tumeur essentiellement bénigne ; il est exceptionnel d'observer sa transformation cancéreuse,

les cas où le fait a été signalé sont sujets à caution et demanderaient un examen histologique plus approfondi. Mais le cancer paraît se rencontrer chez un sujet prédisposé porteur d'un lipome de la langue. Et le frottement des dents déterminent une ulcération ne sera pas d'importance probablement comme étiologie d'une tumeur de mauvaise nature greffée au niveau de la saillie faite par le néoplasme bénin.

Il n'est pas d'exemple que la tumeur ait diminuée ; l'écrasement est lent, recevant quelquefois un coup de fouet sur une influence encore indéterminée, toujours continue.

La récurrence est exceptionnelle lorsque la tumeur a été complètement extirpée. Elle devra toujours faire songer à une erreur de diagnostic et à la possibilité d'une tumeur mixte.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'un lipome de la langue ne présente guère de difficultés malgré la cavité de l'affection lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur aux caractères classiques, indolente, fluctuante, jaunâtre, chez l'enfant nouveau-né on doit penser à faire cette constatation si l'on observe des difficultés dans la succion, si l'enfant rejette le sein au bout de quelques instants ou avale de travers.

Mais lorsque la tumeur sera intentitielle, lorsque la couleur caractéristique manquera, lorsque la fluctuation sera absente, lorsque enfin une ulcération aura été produite au niveau d'un lipome toutes les erreurs seront possibles.

Nous ne parlerons pas de celle, évidemment rare et tenant à des circonstances absolument particulières qui consisterait à croire à une tuberculeuse linguale en confondant la couleur jaunâtre du lipome et l'aspect des petits tubercules. Il n'est pas possible que la confusion se prolonge devant un examen tant soit peu attentif. Dans votre observation personnelle le diagnostic avait cependant présenté des difficultés assez particulières pour tromper plusieurs médecins sur la vraie action de l'affection. Il

s'agit de cas comme seul peut en offrir la clinique et où toute la sagacité du médecin doit être mis en jeu, pour dépister la vraie action du mal qui s'offre à lui.

Les *tumeurs malignes* présentent une évolution plus rapide. Elles s'ulcèrent rapidement et montrent des crevasses en une ulcération assez profonde ; la première fait sourdre des vermiates tout autour du point ulcéré ; le liquide qui s'écoule est infect ; le suintement de sang est continuel ; l'otalgie affecte une intensité terrible. Tous ces caractères semblent bien nettement tranchés et pourtant, en clinique, on peut se trouver en prises avec de sérieuses difficultés. Qu'un chicot ait creusé au niveau d'un lipome une ulcération rendue inguérissable par l'initiation sans cesse renouvelée, et il en résultera une ulcération à base dure sur une saillie plus ou moins surélevée ; il y aura de l'otalgie, du suintement sanguin, de la solivation. Les ganglions eux-mêmes pourront être le siège d'une adénite. Sur quoi se baser pour établir le diagnostic ; l'examen histologique seul peut permettre d'en poser les bases. La première observation de Louis sur le lipome de la langue fit guérir aussi un cancer au célèbre chirurgien.

Si l'on a pu éliminer la tumeur maligne, il sera exceptionnel que le fait offre des difficultés sérieuses, il restera à déterminer à quelle classe de tumeurs bénignes on a à faire.

Il faut distinguer deux cas, suivant que la fluctuation est ou non manifeste.

Si la fluctuation est nette, il n'y a, en dehors du lipome,

qu'une tumeur liquide à pouvoir nettement cette sensation.

On écartera tout d'abord l'hypothèse d'un *dépôt tuberculeux* qui peut produire entre les masses musculaires et acquérir une certaine dimension. Il est rare qu'il n'y ait pas en même temps une autre manifestation. De plus, l'évolution quoique lente, aura toujours été plus rapide que celle du lipome.

Une *gomme ramollie* pourra prêter à la confusion ; les antécédents, l'évolution qui se fera toujours vers l'extérieur viendront généralement fixer le diagnostic.

Les *tumeurs kystiques* de la langue sont nombreuses.

Les *kystes dermoïdes* sont congénitaux, mais ils peuvent évoluer chez l'enfant sans qu'on les ait remarqués et apparaître nettement seulement chez l'adulte. Leur siège est le plus souvent vers le bas de la langue au niveau du canal de Bochdalek ; leur volume est petit le plus souvent ; ils sont intra-musculaires.

Bryant a signalé un *kyste sanguin* dont le diagnostic ne fut établi que pour la ponction.

Les *kystes hydatiques* s'observent le plus souvent chez l'adulte ; leur siège est en général vers la partie médiane de la langue ; on peut les rencontrer généralement en même temps dans d'autres organes. Parfois ils sont impossibles à reconnaître.

Les *kystes salivaires*, assez communs, seront reconnus par leur siège, par leur jonction plus rapide que celle du lipome. Le diagnostic sera particulièrement difficile d'avec le lipome sublingual.

Les *angiomes* siègent à la partie postérieure du dos de

la langue ; ils sont en général superficiels et nous présente une couleur bleuâtre. Leur consistance est faible. Leur accroissement est très lent. On y observe presque toujours la fluctuation, mais leur réduction se laisse facilement opérer par une légère pression, ce qui est absolument impossible à produire sur le lipome. S'ils ne cèdent pas à la compression ils présentent l'impression de petits kystes et en offrent toutes les difficultés de diagnostic.

Dans sa forme typique, le *lymphangisme* produit le macroplassis qui se reconnaîtra facilement. Mais on pourra observer aussi de petites tumeurs de vaisseaux lymphatiques. Elle seront réductibles, présenteront souvent un aspect enchevêtré, facile à reconnaître à la palpation. Enfin il ne sera pas rare de voir près de la tumeur les troncs lymphatiques dilatés.

Les petits *anévrismes* de la langue ne sont pas très rares ; leurs pulsations, leur murmure caractéristique, leur apparence rouge ou bleuâtre les feront distinguer.

Malgré les caractères distinctifs que nous venons d'énumérer, l'observation pourra parfois être hésitant.

Il n'est pas toujours facile en effet de dire à première vue si une tumeur est à un terme solide ou liquide. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation rapportée par Tillaux (Gaz. des hôpitaux 1886). Il s'agissait d'une tumeur dure, interstitielle et mobile. Après avoir éliminé la syphilis et la tuberculose le professeur s'était arrêté à l'idée de fibrome. Après extirpation, l'examen histologique de Cornil, montra qu'on était en présence d'un kyste muqueux à parois épaisses.

La ponction exploratrice viendra dans ce cas à son se-

cours. Pratiquée avec une aiguille capillaire et une aseptie parfaite, elle ne présente aucun danger. Elle ramènera un liquide pusiforme dans le cas d'abcès froid, du sang s'il s'agit d'une tumeur sanguine : kyste ou angine, de la sérosité dont l'analyse dénature la nature s'il y a kyste salivaire ou séreux, un liquide clair comme de l'eau de roche si l'on a affaire à un kyste hydatique, le liquide huileux que l'on trouve dans les kystes dermoïdes si c'est une tumeur de ce genre qu'on observe. Dans le cas de lipome, la ponction sera toujours « blanche ».

C'est donc là un précieux élément de diagnostic ; on ne doit pas se dissimuler cependant qu'il est infidèle, car dans les cas d'abcès froids ou de gomme ramollie, le pus pourra être trop concret pour être aspiré par l'aiguille. Enfin dans le cas de kyste dermoïde il pourra s'agir plutôt de matière sébacée mollassée que de liquide proprement dit.

Si la fluctuation est absente, le lipome pourra être confondu avec les tumeurs solides de la langue.

S'il est interstitiel, la *syphilis* pourra prêter à la confusion. Cependant la langue, bourrée de noisettes de Ricord, n'a pas la même évolution que le lipome. Celui-ci siège davantage à la partie antérieurs ; ne présente pas la tendance ulcéralive de la syphilis. Enfin l'hésitation ne pourra exister que lorsqu'on se trouvera en présence d'une syphilis remontant déjà à quelque temps et arrivée à la période tertiaire.

Les *papillomes* sont rares à la pointe. On les rencontre plutôt sur la base, au niveau du v lingual ou même en

arrière de lui. A leur niveau, la muqueuse est rouge, adhérente; il y a quelquefois ulcération.

Les *fibromes* sont mous ou durs et dans les deux cas ils peuvent prêter à la confusion, mais ce sera surtout dans le premier que le diagnostic pourra présenter quelques difficultés. On se basera pour les différencier sur l'âge du malade, souvent plus jeune dans le cas de fibrome, ou le siège. On peut poser comme règle d'une façon générale, qu'une tumeur bénigne de la base de la langue est un fibrome, qu'une tumeur bénigne de la pointe est plutôt un lipome. La division est donc nettement tranchée en théorie. En clinique, si la ligne de démarcation n'est pas aussi précise, la dureté du fibrome permettra le plus souvent de déterminer la nature de la tumeur. Il y aura difficulté dans le cas de tumeur mixte où les éléments du lipome et du fibrome sont unis en proportion plus ou moins grandes, et où la consistance est différente selon le mélange des deux tissus. Ces lipo-fibromes ne sont pas exceptionnels, et si l'on peut dire que le diagnostic en présente de grandes difficultés, il est vrai d'ajouter qu'une erreur serait peu préjudiciable au malade, le traitement devant être l'excision dans l'un et l'autre cas.

Ce n'est que pour mémoire que nous parlerons des autres tumeurs solides qu'on a pu rencontrer dans la langue : chondromes, ostéomes, etc. Ces tumeurs n'ont jamais été rencontrées à l'état pur. Ce sont toujours des tumeurs mixtes unies à une quantité de tissu fibreux ou graisseux plus ou moins grande. Leur consistance ne permet pas l'erreur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous paraît à peu près impossible de nous faire une idée juste de l'anatomie pathologique des lipomes de la langue sans avoir une idée d'ensemble sur la structure de cet organe.

Qu'il nous soit permis en effet de rappeler en passant ce fait vraiment intéressant que toute la pathologie de la langue ressortit soit à sa muqueuse dont l'anormale prolifération donnera naissance à toutes les variétés de cancer, soit à son tissu de soutien dans l'étude nous intéresse particulièrement ; quand au muscle lui-même, son inflammation décrite sous le nom de *gloosite* ne dépend peut-être pas de l'élément musculaire lui-même ; c'est d'ailleurs ce sur quoi nous aurons à revenir à l'occasion de certaines variétés de lipomes profonds.

Les fibres des divers muscles qui constituent la langue sont d'autant plus serrées qu'on s'approche de la face supérieure où elles prennent des insertions ; cette condensation à inspiré à *Richet* la remarque suivante : « Une remarque générale concernant la disposition de ces fibres musculaires ; c'est qu'elles sont tellement serrées, qu'à peine existe-t-il dans leur intervalle. »

Un peu de tissu cellulaire, excepté toutefois à la base

où l'on rencontre entre les divers plans musculaires une graisse fluide assez abondante. La langue offre donc le caractère des organes musculeux renfermés dans les cavités splanchnique, le cœur, l'utérus, par exemple et cette remarque permettra de mieux comprendre certains phénomènes pathologiques ». L'analogie avec l'utérus ne nous paraît toutefois pas absolument évident, outre que cet organe est constitué par des fibres lisses, on connaît la fréquence de fibro-myomes qui s'y développent, tumeurs où l'hyperplasie et la multiplication des éléments, musculaires est évident.

Retenons seulement ce point capital à savoir que le tissu cellulaire est plus abondant à la face inférieure qu'à la face supérieure. Ce tissu conjonctif est même si lâche et si abondant qu'il est parfois transformé en une bourse séreuse qu'on trouve de chaque côté du frein de la langue ; cette disposition essentiellement variable a été décrite par Flemung. Sur la ligne médiane au contraire la face inférieure adhère intimement à la langue ; on peut se rendre compte de l'existence de ce raphé médian en relevant la langue vers le palais ; on voit alors chez un sujet qui a ouvert la bouche, les muscles faire une saillie de chaque côté.

Ces tumeurs développées probablement dans les parties profondes de la langue apparaissent généralement à la face dorsale sur les côtés et à la pointe.

Au point de vue purement macroscopique les plus grandes variétés règnent sur l'étendue des tumeurs ; elles affectent une disposition tout à fait circonscrite ; tantôt au contraire, elles prennent des dimensions considérables.

Ces variations de dimensions permettent de rapprocher les lipomes de la langue de ceux du système périphérique. On connaît d'ailleurs la parfaite analogie qui existe entre le tissu cellulo-graisseux qui se développe sous les muqueuses et les séreuses et celui qui est sous-jacent au derme. Le lipome sublingual est unilatéral, ou bilatéral. L'opération de Cauchois, intitulée, « *lipome symétrique de la langue et lipome du cou accompagné de gommes ramollies du tissu cellulaire sous-cutané des membres chez un tuberculeux* », est un bel exemple de ce cas ; la tumeur dans cette circonstance était constituée par une double série de bosselures sur chacun des bords linguaux.

Ces bosselures n'étaient pas indépendantes les unes des autres, mais, au contraire, unies latéralement entre elles. Il est rare que l'on observe des tumeurs plus considérables que celle-là, mais il y a des cas où le néoplasme prend des proportions énormes ; tel est le cas d'*Arnold* où le larynx était intéressé, et où la tumeur ayant perforé le palais faisait saillie dans le crâne ; dans ce cas particulier l'affection était congénitale et l'enfant vécut 6 jours. Le plus ordinairement la masse graisseuse ne dépasse pas le volume d'un œuf.

La consistance est également variable ; parfois et dans les lipomes véritables c'est ce qu'on observe, le palper donne la sensation d'un corps très mou ; dans les tumeurs on a même de la fluctuation ; mais on peut voir des tumeurs rappelant la consistance du cartilage et même de l'os.

Quant aux rapports de la tumeur avec les plans sous-

jacents, ils varient avec les cas ; parfois le néoplasme est absolument cantonné dans le tissu cellulaire sublingual, et la tumeur est parfaitement énucléable, elle roule sous le doigt, on peut même chez le vivant affirmer qu'elle n'intéresse pas le muscle, tantôt au contraire suivant les travées fibreuses inter-musculaires et les distendant, elle envoie des prolongements profonds, et fait corps avec l'organe ; dans ces deux cas l'extirpation totale est impossible.

C'est ce qui ressort de la relation de l'autopsie du malade de Cauchois : « Du côté opéré nous retrouvons encore près de la pointe de la langue, en avant par conséquent de l'extrémité antérieure, de la ligne cicatricielle de l'incision, un petit lobule lipomateux situé dans l'épaisseur de la fibre musculaire ; il est de la grosseur d'un pois ; il est probable qu'en raison de ses dimensions très minimes il nous a échappé le jour de l'opération et qu'il a continué à s'accroître ». Dans cette variété, la langue faisant saillie au dehors, la tumeur est plus dure et les bosselures plus saillantes.

L'anatomie pathologique de cette affection n'est donc pas sans rapports avec celle des tumeurs du sein qui comme on sait peuvent intéresser ou non le plan musculaire sous-jacent et dont les signes varient suivant les cas.

On a voulu constituer une troisième variété dans laquelle la fibre musculaire elle-même serait atteinte ; nous verrons quelles expresses réserves il faut faire histologiquement à ce sujet.

Notons dès à présent, que l'on n'invoque à l'appui de

cette conception que le cas de Heurtaux qui n'est rien moins que probant.

Mais l'examen histologique peut nous donner sur la nature de la tumeur des renseignements que l'inspection ne nous avait pas permis de constater. Ce qui prime l'étude histologique de la question c'est que le lipome de la langue se développe aux dépens du tissu conjonctif.

Or une tumeur développée de la sorte n'a pas une évolution indifférente, son polymorphisme est renfermé dans de certaines limites : elle ne saurait prendre que le type d'un tissu dérivé du mésenchyme.

La forme la plus simple de différenciation histologique est constituée par le tissu muqueux ; il est constitué par une substance fondamentale homogène amorphe dans laquelle se développent de nombreuses cellules, unies entre elles par des prolongements. Cette forme n'est pas normale chez l'adulte et constitue quand on la constate quelque chose d'analogue à ce que l'on désigne en tératologie sous le nom d'anomalie reversive. Que les cellules du tissu muqueux allongent et multiplient leurs prolongements, on aura du tissu nerveux ou du tissu conjonctif ; qu'au contraire ces cellules se multiplient et secrètent une substance spéciale on aura le cartilage. La cellule lipomateuse résulte d'un ralentissement dans la nutrition de la cellule conjonctive adulte ; mais la nature intime de la transformation nous échappe ; pourquoi dans certains cas l'évolution reproduit-elle du tissu conjonctif ou engendre-t-elle du cartilage, pourquoi dans d'autres, l'évolution est-elle myxomateuse et dans d'autres purement lipomateuse ? la raison nous manque. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est

que si parfois on trouve le lipome pur il est plus souvent associé à l'une des formes que nous venons d'indiquer.

Les cellules adipeuses sont constituées là comme ailleurs par des vésicules graisseuses très grosses gorgeant une cellule bornée à ses parois et présentant à sa périphérie un noyau toujours bien développé. C'est une loi générale que la graisse tend à se déposer dans tous les points de l'économie ou la vitalité est *diminuée* ou *supprimée* ; mais il y a une capitale distinctive à faire entre ces deux termes ; on ne saurait identifier la dégénérescence graisseuse, de divers organes qui s'atrophient celle du début des névroses et de l'athérome, au départ dans les cellules conjonctives d'un organe de matière grasse. Dans ce dernier cas la cellule qui reçoit la graisse n'a pas cessé de vivre et elle peut dans des cas donnés retrouver toute sa vitalité et éliminer sa graisse.

C'est ici le moment de rappeler le cas que nous avons signalé au début de lipomes dont le siège serait le muscle même. Les auteurs qui les ont décrits ont été selon nous victimes d'une apparence ; ou bien le lipome s'est développé aux dépens du sarcolénum, et cela ne semble pas impossible étant donné son origine mésenchymateuse ; encore que des examens positifs manquent pour affirmer le fait ; ou bien la fibre musculaire est bien chargée de graisse mais alors elle a perdu toute vitalité, elle est morte en quelque sorte et a subi la dégénérescence graisseuse. Ces altérations musculaires sont d'ailleurs très rares car d'après Cornil et Ranvier. « Dans ces tumeurs les faisceaux musculaires sont restés normaux, ce

qui n'arrive pas d'habitude dans les autres manifestations dont le muscle est le siège » :

Les lipomes sont constitués par des ilots plus considérables que ceux du panicule adipeux sous-cutané, c'est ce qui leur donne leur mollesse. Mais ces lobules séparés généralement par des travées conjonctives extrêmement fines prennent parfois dans la langue une consistance et un développement considérable ; parfois le tissu fibreux a pris un tel développement qu'on est tenté de considérer la tumeur comme un fibrome à évolution lipomateuse. Quant au myxome lipomateux quoi qu'on l'ait signalé à un niveau, il n'est pas très fréquent.

L'évolution des lipomes linguaux est la suivante : ils ont rarement une marche endogène avec tendance à gagner la profondeur ; leur marche est généralement tout autre, et née du tissu cellulaire qui environne des muscles au sein même de l'organe : ils ont une marche exogène et ont une tendance à s'énucléer comme certaines tumeurs utérines.

Il ne nous semble pas possible avant de terminer ces considérations anatomiques de ne pas faire remarquer que les lipomes de la langue ne sont pas toujours isolés ; on en note parfois une multitude sur un même individu, sans que rien dans les causes locales vienne expliquer cette véritable tendance lipomateuse. Toutefois, quelque brillante que soit la théorie de Delbet qui tend à considérer les tumeurs comme étant les manifestations de maladies générales probablement infectieuses, de nature inconnue mais qui ne seraient pas sans analogie avec la lèpre, la syphilis et la tuberculose, il ne nous semble pas qu'on puisse la généraliser à ce cas.

En effet, l'évolution générale des fibromes, leur bénignité, leurs caractères histogéniques, qui nous les font comprendre comme une simple surcharge graisseuse locale, tous ces caractères disons-nous font beaucoup plutôt songer à des troubles trophiques locaux dont la cause est indéterminée ; ces troubles pouvant mettre en évidence une disposition congénitale.

	NOM DE L'AUTEUR	AGE	SIÈGE	AUTRES éléments anatomiq.	DURÉE	TRAITEMENT	OBSERVATIONS
1	A. Cooper		Profond				Déposé au musée du collège de chirurgie.
2	Follin	73 ans	—	tissus con- jonctif	22 ans	Aux galvano-caustiq.	
3	Laroyenne	40 —	Superficiel	tissus con- jonctif	1 an	Excision au bistouri	
4	Mason	27 —	Profond	myxom	congénital		
5	Otto Weber	15 —	Superficiel	enchondr.	7 ans		
6	Bastien	25 —	—	noyau oss.	congénital accru de- puis 5 ans	Enucléation	
7	Lanbl	enfant	Profond	élém. conj.	congénital		
8	Arnold	6 jours	—	1 vascul. cartilage	congénital		L'enfant meurt : la tumeur fait saillie dans le crâne.
9	Guillot	48 ans	Superficiel	fibreux	25 ans	Enucléation	
10	Margais	71 —	—	?	?	Cautérisation élec- tro-chimique	
11	Nersen	48 —	Pédiculisée au voi- sinage de l'épipl.	?	?	Exérèse	Le malade était mélanco- lique et guérit.
12	Bomosan	15 —	Bord gauche	purulent	?	Excision	
13	Mollier	60 —	—	—	longue	Cautérisation par pinces à hémost.	
14	Albert	46 —	Point superficiel	—	?	Thermo-cautère	Dimensions 3 ^e 2 ^e 2 ^e .
15	Krausnik	30 —	—	enchondr.	?	Extirpation	Ulcération, dents déchaus.
16	Kitschtaff	68 —	Profond	purulent	1 an (?)	Extirpation au bis- touri	Chûte des dents de la ma- choire supérieure ; à la machoire supér., dents presque horizontales
17	Cauchois		—	—		Extirpation incompl.	
18	Heymann	6 —	Partie postérieure de la langue	—	congénital		Rouflement. — Parole dif- ficile.
19	Poncet	62 —	Tumeur sessile du dos de la langue	fibreux	congénital	Exérèse	Coincidence d'un cancer du sein.
20	Obsv. personnelles	36 —	Profond	purulent	3 ans	Ponction	Coincidence d'ulcération tu- berculeux.

TRAITEMENT

L'affection qui nous occupe n'est pas de celles qui réclament une intervention rapide — car la transformation en tumeur maligne dont Maisonneuve fait entendre la possibilité, n'a jamais été observée. — Les malades sont peu ou pas gênés par leur tumeur et réclament assez tardivement l'aide du chirurgien. Cependant dans quelques cas, chez des enfants, l'exérèse était indiquée par des troubles de la mastication et de la phonation assez accentués. Comme dans toutes les interventions sur la langue, on a employé différentes méthodes inspirées par la crainte de l'hémorrhagie ou de la suppuration.

Follin utilisa l'anse galvanique pour extirper un lipome saignant facilement. Il faut pouvoir entourer la base de la tumeur par le fil de platine. Il suffit alors de faire ronger le fil par un courant électrique; la section s'opère en quelques secondes presque sans douleur et sans hémorrhagie. La ligature est aussi employée par plusieurs auteurs; il y a plusieurs façons de procéder.

Si le lipome est nettement pédiculé, il suffit d'enserrer dans un solide le pédicule et d'exciser aux ciseaux. Ou bien si le pédicule est large et épais, on traverse la base du lipome d'un fil double dont on fait deux ligatures, divisant ainsi le pied de la tumeur en deux portions liées isolément.

Daniel Mollière employa une pince à hémorroïdes portée au rouge sombre ; mais ce procédé nécessite quelques précautions pour éviter des brûlures étendues ; l'anse galvanique nous semble bien préférable d'autant plus qu'il est facile actuellement d'éprouver cet appareil.

Par crainte d'infection, Bonnet employait la discision sous-cutanée dans le traitement des lipomes, mais actuellement les moyens antiseptiques permettent de négliger ce procédé.

La ponction, lorsqu'elle fut pratiquée, comme dans notre cas était le résultat d'une erreur ou d'une hésitation dans le diagnostic. Les méthodes les plus employées sont l'incision et l'énucléation, la seule précaution à prendre est d'assurer l'hémostase.

Dans le cas de Decès on plaça des pinces en V pour éviter toute effusion de sang puis l'incision et l'extirpation se fit presque à blanc. Cette incision portera de préférence le long du bord de la langue où la tumeur se sera développée. De cette façon on évitera de créer à la surface de la langue une fissure qu'il sera difficile de suturer, tandis qu'il est extrêmement facile de réunir une plaie placée comme nous le décrivons.

L'hémostase préventive a cependant un inconvénient, c'est de limiter par trop le champ opératoire. Il arrive en effet, que des lobules graisseux apparaissent entre les fibres musculaires après l'extirpation de la masse principale (Decès) il est bon de les rechercher et de les extirper, si l'on veut éviter la reproduction du lipome.

Si l'on a du sang au cours de cette recherche, il est facile de pincer et de tordre les vaisseaux toujours de peu

d'importance au niveau où l'on trouve d'habitude le lipome.

L'énucléation est du reste facile et se fait du bout des doigts ou avec une sonde cannelée. Dans la plupart des cas, on peut enlever d'un bloc toute la tumeur avec sa capsule fibreuse.

Sa réparation se fait aisément ; si la tumeur était volumineuse, il serait bon d'exciser une portion de la muqueuse amincie pour éviter la formation d'une poche.

Mais la muqueuse conserve en général une assez grande élasticité, et il suffit de rapprocher les parois de la cavité pour en assurer l'oblitération. Il est bon de placer sur l'incision une ou plusieurs anses de soie aseptique traversant le bord de la langue.

Les soins consécutifs seront des plus simples ; il suffit d'assurer une propreté relative de la cavité buccale au moyen d'antiseptiques non dangereux ; la solution boricquée ou mieux chloratée nous semble réunir tous les avantages. Au bout de très peu de temps, on retirera les sutures pour éviter la suppuration et la section des tissus. Les traces de l'opération disparaissent rapidement.

Les résultats éloignés n'ont pas été relevés par tous les auteurs, mais on s'accorde pour admettre qu'il n'y a pas de récurrence après l'opération, à moins qu'il n'ait été laissé un lobule par l'opérateur (Cauchois).

Les ulcérations qui peuvent se produire sur la tumeur ne sont pas une contre-indication à l'exérèse ; on excisera en même temps la partie ulcérée.

Quant au traitement appliqué au malade de Marçais par un chirurgien des hôpitaux, la cautérisation galvano-

chimique, elle n'a donnée à ce chirurgien qu'un résultat peu encourageant ; il se produit une escharre qui mit quelque temps à se réparer. La même observation peut s'appliquer à la cautérisation par le thermo-cautère (Albert).

CONCLUSIONS

1° Les lipomes de la langue, sans être exceptionnels, sont des tumeurs rares de cet organe.

2° Ce sont soit des lipomes purs, soit des tumeurs mixtes, fibro-lipomes, lipo-myxomes, etc.

3° Le muscle n'est jamais atteint par la dégénérescence graisseuse ; l'évolution se fait toujours aux dépens du tissu conjonctif de la langue ; le siège est surtout à la pointe de la langue.

4° Le diagnostic est très difficile à faire d'avec les autres tumeurs : kystes, tumeurs bénignes, et même parfois tumeurs malignes. Il est basé sur le siège du néoplasme, ses caractères physiques, l'état général du sujet.

5° Le traitement du choix est l'énucleation.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,

G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Agnew.** Surgery, T. II.
- Albert.** Wien. Med. Presse 1885.
- Arnold.** Archiv. für path. anat. vord physiol. von Virchow 1870. Brd. 50. S 482.
- Baron.** The symptoms and treatment of ontgrow the pan the bach of the tongue. Bristol med. chir. journal. 1870. P. 80.
- Bastien.** Bulletin de la Société anatomique, 1854, p. 349.
- Bouisson.** Dict. encyclopédique, 2^e série II. p. 399.
- Broca.** Traité des tumeurs 1863. t. II, p. 375.
- Cauchois.** Lipome de la langue, rapport par Pozzi. Brillet, et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1883, p. 572.
- Charon.** Tumeur de la langue chez un enfant de 8 ans. Presse médicale belge, 1870, p. 585.
- Tumeur de langue chez un enfant de 7 ans.
- Journ. méd., chir. et pharm Bruxelles, 1885, p. 326.
- Cheiven.** Tumor of the tongue. Med. and turg. Rep. City Hosp. Boston, 1883.
- Churchill.** Medical Gazette, 1872.
- Clarke.** Discases of the tongue. London, 1872.
- Compendium de Chirurgie.** T. III, p. 713.
- Décès** Lipome de la langue. Union médic. du N.-Est 1893. p. 3.
- Delens.** De l'ablation des tumeurs de la langue par ligature élastique. Journ. de therap., 1881, p. 805.
- Demarquais.** Gaz. des hôp. 1873. p 120.
- Duplay et Reclus.** Traité de chirurgie, t. V.
- Folet.** Bullet. Soc. méd. du Nord, 1891, p. 303. Lipome sublingual.
- Follin.** Bull. Soc. chirur. 1868, p. 94.
- Bull. Soc. anat. 1866, p. 88.
- Follin et Duplay.** Traité pathol. ext., t. IV, p. 794.

- Gevaert.** Tumeur de la langue chez un enfant de 8 ans. Clin. Bruxelles 1890, p. 450.
- Gross.** A. system. of surgery, Philadelphie, 1872.
- Herzfeld.** Zur lehre von den angeborenen Zungentumoren Deutsch. medic. Woch., 1893, p. 1159
- Heymann.** Soc. medic. Berlinoise, 26 mars 1890.
- Holmès.** A system of surgery, 1869, p. 519.
- Iversen.** Lipome bay tunggeroden. Sitafob. Hosp. Tijesde. n° 44.
- Kirchhoff.** Ueber gutartige geschwülste der Zunge. Deut. nied. Wochens. 1889, p. 457.
- Kohlhen.** Beitrag zur Casuistik der Neubildungen der Zunge. Thèse de Berlin, 1891.
- Krausnick.** Lipoma der Zunge. Thèse Berlin, 1889.
- Labat.** Des lipomes buccaux. Thèse de Paris 1894.
- Lambl.** Beob. und studien am dem Franz Joseph Kind.
- Landeta.** Spitale p. 181. Réflexions sur quelques tumeurs sublinguales. Thèse de Paris, 1863.
- Lang.** Un cas de tumeur bénigne de la langue, chir. Laitag : Moscou 1892.
- Laroyenne.** Gaz. méd. de Lyon, 1867, p. 284.
- Lebert.** Traité d'anatomie patholog. T. I, p. 125.
- Liston.** The practical Surgung, 1846, p. 292.
- Louis.** Mém. de l'Acad. de chirurg. 1774, p. 364.
- Lücke.** Traité d'anatomie patholog. 1873, p. 54.
- Maisonneuve.** Des tumeurs de la langue. Thèse du Conc. de clin. chirurg. 1848, p. 105.
- Mandillon.** Tumeur de la langue, thème et bulletin, soc. méd. de Bordeaux 1888-1889, p. 612.
- Mandillon.** J. de méd. de Bordeaux, 1889.
- Mason.** The Lancet, 1863.
- Transaction of the path. soc. of London, 1864, p. 210.
- Mathieu.** Gaz. des hôpitaux.
- Mollière.** Progrès médical, 1885, p. 3.
- Noguet.** Tum. de la base de la langue. Bulletin médical, 1889, p. 307.
- Payet** Lectures on Surgical pathology, 1871, p. 25.
- Perrando.** Lipoma multiplo congenito della lingua. Arch. ital. di pediat. Napoli, 1889, p. 223.
- C. Richet.** Lipomes. Gaz. des hôpit. 1879, p. 369.

Rosnberg. Die geschwulste des Zungenquendes. Deutsch. méd. Wochen.
1892, p. 283.

Tillaux. Traité d'anatomie topographique.

Weber. Billroth's Handbuct der Chirurgie. T. III, p. 328.

Wittock. Beitrag zur Kenntniss der Zungengeschwulste. Thèse de Kiel, 1889

Virchow. Pathologie des tumeurs, 1867, p. 369.

Worms. Gaz. des hôpit. 1873, p. 540.

